

Praxis médica

Medical praxis

Roberto Anaya-Prado,* Camerina Aguilasocho Gaxiola,* Daniel Schadegg Peña,* Ameli Arreola Valles,*
Carlos E. Pérez Avila,** Juan B. Medina Portillo***

Resumen

Se realiza un análisis ético para conocer más sobre la praxis médica: su historia, de dónde viene, desde cuándo se utiliza este término, cómo se define, los requisitos para llevar a cabo una buena praxis, lo que es una mala praxis médica e implica responsabilidad ética del médico. Se propone que una buena práctica médica es aquella realizada con prudencia, pericia, diligencia, recta intención y recta conciencia.

Palabras clave: Ética, práctica médica.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S164-S166

Abstract

We undertake an ethical analysis in order to know more about the medical praxis: its history, where it comes from and when this term was used for the first time, how it is defined, what the requirements to carry out a good or bad medical practice are. We put forward the idea that there is not good medical practice without carefulness, diligence, clear conscience and fair intention.

Key words: Ethics, medical practice.
Cir Gen 2013;35(Supl. 2):S164-S166

Introducción

Ante la conducta en la medicina actual, donde la relación médico-paciente ha cambiado y evolucionado en gran medida, es imprescindible poseer una aptitud y actitud que nos ayude a conducirnos en la praxis médica, al tomar decisiones para realizar la intención médica deseada, para que no sucedan errores médicos, y el proceder se oriente a proteger tanto al paciente como al médico.

Antecedentes

La praxis médica en la antigüedad clásica

Es interesante percatarnos de que la forma como los griegos en la época antigua llevaban a cabo la práctica médica cotidiana es similar a la práctica médica que llevamos hoy en día. Veamos en estos incisos la manera de ejercer la medicina.¹

El diagnóstico médico. Fue en la Grecia antigua donde la tecnificación de la medicina se consumó.

Diagnosticar es un vocablo griego, *diagignóskein*, que significa “conocer acabadamente”. Tres puntos básicos deben ser considerados en la actitud de los médicos hipocráticos ante la tarea del diagnóstico:

1. Primeramente, la concepción hipocrática obligaba al médico saber si el sujeto en cuestión estaba o no realmente enfermo, discriminar si su enfermedad era mortal o incurable para saber si su deber sería abstenerse de intervenir o si “ocurrido por azar” podía ser susceptible de un tratamiento eficaz. Una vez resuelto el dilema “sano o enfermo” y “fatalidad o azar”, comenzaba el verdadero quehacer diagnóstico, en saber ordenar racionalmente la apariencia clínica. Ellos llamaron *katastasis* al aspecto particular de una enfermedad y al entorno físico en que tal enfermedad se había producido. Necesitaban percibir los signos, la ordenación de la *katastasis* y la causa externa determinante de aquella

*Dirección de Educación e Investigación en Salud. UMAE, HGO. Centro Médico Nacional de Occidente “Lic. Ignacio García Téllez”, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

**Dirección General UMAE, HGO (Hospital de Gineco-Obstetricia). UMAE, HGO. Centro Médico Nacional de Occidente “Lic. Ignacio García Téllez”, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

***Hospital Ángeles Metropolitano, México, DF

Recibido para publicación: 2 enero 2013

Aceptado para publicación: 31 enero 2013

Correspondencia: Dr. en C. Roberto Anaya-Prado

Blvd. Puerta de Hierro 5150, edificio B, segundo piso, despacho 201-B,

Fracc. Corporativo Zapopan, 45110, Zapopan, Jalisco.

Tel. y fax: (33) 3848 5410. E-mail: robana@prodigy.net.mx

afección. Requerían de un método y apelaban a tres recursos principales: la exploración sensorial, aisthesis, la comunicación verbal, logo, y el razonamiento conclusivo, logismos. Para los hipocráticos, el criterio principal de su certidumbre fue “la sensación de su cuerpo”. De ahí la minucia con que supieron aplicar todos sus sentidos: la vista (aspecto de la piel y las mucosas, secreciones, uso de los espéculos anal y vaginal), el oído (voz, respiración, borborigmos, auscultación directa del tórax), el tacto, el olfato y el gusto (exploración gustativa del sudor, piel, lágrimas, cerumen y oído). El interrogatorio, por otra parte, era para el hipocrático menos seguro que lo logrado mediante la “sensación de cuerpo”. Esto sería “saber cierto”, el otro, probabilidad o apariencia. Los datos clínicos conseguidos de uno y otro modo permitían establecer el razonamiento fisiopatológico hasta llegar a una conclusión que permitiera explicar satisfactoriamente la totalidad del cuadro clínico, que en ocasiones podía recurrir, inclusive, a procedimientos exploratorios.

2. Otra de orden social, mediante la exactitud del diagnóstico “hay que conseguir la admiración del enfermo y de los que lo rodean”, enseñaba Galeno a sus discípulos.
3. Una más de orden técnico-profesional, porque la eficacia del tratamiento dependía ante todo de la exactitud el diagnóstico.

La terapéutica

Los médicos antiguos distinguieron en su acción terapéutica tres orientaciones cardinales: la farmacoterápica, la dietética y la quirúrgica. Por medio de las tres, el arte del médico se haría *therapeia*, cuidadoso y reverencial servicio a la divina *Physis* (aquella fuerza o fuente de donde nacen los entes).

- La farmacoterapia: se usaban medicamentos catárticos, purificadores, diaforéticos, diuréticos, narcóticos, vomitivos, emolientes, cáusticos, revulsivos. Éstos eran casi siempre vegetales, porque la acción de las sustancias minerales, tan diferentes de las humanas, es demasiado intensa, y la de las sustancias humanas, por la razón contraria, demasiado débil. Las píldoras, las pociones, los polvos, las pomadas, las lavativas y las fumigaciones eran, entre otras, las formas medicamentosas empleadas; el mismo médico era quien personalmente las preparaba.
- La dietética: de gran prestigio entre los griegos, serviría para dos fines principales: el tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud e incluso la mejora de la naturaleza del hombre.
- Si se considera la *Ilíada*, la cirugía era la parte de la terapéutica con mayor prestigio entre los griegos. Fue nombrada por ellos *enkheiréein*, “poner las manos” sobre el cuerpo del enfermo. La actividad quirúrgica del hipocrático tenía como escenario habitual la oficina del médico; la cirugía fue plenamente restauradora (fracturas, luxaciones, heridas, úlceras y fistulas) y evacuante (abscesos, empiemas, trepanación, nefrostomía) y apenas exéretica (hemorroides).

Ética médica

Por su misma esencia, el acto médico es un acto ético. Interpretada de diversas maneras, la creencia en la suprema divinidad era el eje central de su ética. No sólo el famoso juramento: muchos otros textos contienen indicaciones expresas y tácitas acerca de la ética médica. De la totalidad de los deberes del médico griego pueden ser precisados tres órdenes distintos: los que obligaban con el enfermo, los que vinculaban con la polis (urbanismo griego) y los concernientes a la relación profesional con sus compañeros.¹

Dos principios morales fundamentales son referidos: por una parte, el imperativo de abstenerse de actuar cuando la muerte o la incurabilidad del enfermo parecían fatalidades invencibles; por otra parte, el noble y prudente precepto de ayudar o, por lo menos, de no perjudicar.

Pero ¿cuándo una enfermedad concreta era mortal e incurable y cuándo susceptible de “ayuda técnica”? ¿Cuándo debía el médico renunciar a su intervención, tanto por respeto al mandato sagrado como para evitar al enfermo molestias inútiles, y cuándo debía contribuir con sus recursos artísticos y médicos?

Grave problema ético y técnico para la época, frente al cual debían dividirse las actitudes de los médicos. A la ética de la relación con el enfermo tenemos también el problema de los honorarios médicos. En aquella época, no era lícita la percepción de honorarios si el médico, tratando al enfermo, no había podido perfeccionar su arte o si su actitud terapéutica no había sido un “curar aprendiendo”; pero, naturalmente, en Grecia la retribución económica era una práctica habitual de la medicina. La asistencia gratuita sólo quedaría bien justificada cuando el médico devolviera un favor recibido o tratara de obtener renombre entre sus conciudadanos.

Marco teórico

La praxis médica consiste en anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación, y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado, así como las pericias que practican los médicos.

Existirá mala praxis en el área de la salud cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencia de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar, o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo.

La mala praxis es el concepto más frecuentemente invocado en las demandas, y que obliga a los profesionales de la salud a contratar seguros; consiste en que el paciente sufra algún daño físico o psíquico, temporal o permanente, total o parcial, o la muerte misma, debido al incumplimiento de las obligaciones profesionales del médico tratante.

Lex artis

Norma no escrita pero existente que regula el ejercicio de una profesión y que, en el caso de las profesiones sanitarias, debe entenderse como el conjunto de reglas y principios socialmente aceptados y considerados básicos; pueden resumirse en el deber de ajustar la actuación a las reglas técnicas, normas legales y principios deontológicos, el deber de preparación adecuada para adaptar los conocimientos al progreso científico y a la experiencia profesional, y el deber de omitir acciones peligrosas, es decir, actos para los que no se está suficientemente capacitado; todo ello atendiendo a las circunstancias del estado de la ciencia, de tiempo y lugar, lo que se llama la Lex artis ad hoc.²

Lex artis ad hoc

Es aquel criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina —ciencia o arte médico—, que tiene en cuenta las específicas características de su autor, de la profesión, la complejidad del acto, la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos —estado o intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria— para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada.

Requisitos de una buena praxis médica

Para realizar una buena práctica médica, se requiere que se haga con prudencia, pericia, diligencia, recta intención y recta conciencia médica, entendiendo estas actitudes y virtudes como las ha desarrollado Aristóteles:

Prudencia: es la virtud de tomar decisiones médicas, sean de comisión o de omisión, ajustadas a la lex artis y adecuadas a las circunstancias de ese acto médico, a su tiempo y momento, y a los medios disponibles. La falta de prudencia es imprudencia.

Pericia: es poseer la lex artis, tener todos los requisitos psíquicos y físicos para realizarla en el acto médico. Las faltas de pericia son impericia.

Diligencia: es el cuidado, atención, dedicación, prontitud, prolijidad y cariño para realizar el acto médico. La falta de diligencia es negligencia.

Recta intención y recta conciencia médica: es la actitud ética médica de valorizar, en el acto médico, por encima de todo interés personal o institucional, la salud, la vida y la calidad de vida de las personas sobre quienes recae ese acto. Implica ajustar la voluntad a la lex artis. Hay muchas situaciones en que este requisito se produce, por ejemplo:³

1. Buscar siempre las causas de los procesos que se pretende tratar; sólo proceder al tratamiento sintomático o paliativo cuando la investigación causal está agotada y fracasada.

2. La humildad de reconocer que no se sabe lo suficiente para continuar el tratamiento y derivar, llamar a junta médica o indicarle al paciente o familiares la situación para que decidan informadamente.

Responsabilidad médica

No a todo error médico se le considera mala praxis, ya que para que ésta ocurra se necesita la decisión consciente y voluntaria del médico, sea por comisión o por omisión. Entonces, ocurre cuando se procede sin las condiciones de una buena práctica médica, ya señaladas. Insistimos en que una acción de mala práctica no necesariamente produce un efecto adverso, y no por eso se exige de responsabilidad. Es necesario delimitar las fuentes de errores médicos, de las cuales él no es responsable pero que, al ignorarlas, puede caer en mala práctica (falta de pericia), de la que sí lo es.

La responsabilidad profesional no es una exigencia actual. A este respecto, se cuenta con información que data desde las culturas egipcias y babilónicas; en México, también los antecedentes sobre ese tipo de responsabilidad se remontan a la época prehispánica. En tiempos de la colonia, el protomedicato estableció medidas de control que incluían suspender el derecho a ejercer la profesión. La legislación penal contemplaba ya el delito de la responsabilidad profesional en el código penal de 1931, aun cuando su aplicación práctica y continua se observó a mediados de los años 80 y, desde entonces, crece de modo exponencial.⁴

Conclusión

La mala praxis médica es aquella realizada con mala intención, conciencia, imprudencia, impericia o negligencia, por lo que siempre implica una responsabilidad y casi siempre culpabilidad médica. Es importante mencionar que, en ocasiones, el paciente también produce errores, ya sean involuntarios (confusión de los síntomas que siente, ubicación anatómica equivocada, mal uso del lenguaje, errores por compromiso de conciencia, incompetencia o falsa conciencia) y/o voluntarios (mentiras, engaños, fabulaciones sobre signos, síntomas o historia clínica, no cumplimiento de las prescripciones médicas).

Referencias

1. Valenzuela YC. Error y práctica médica. Responsabilidad del médico. Cuad Méd Soc. 2009; 49: 178-184.
2. Reyes PA, Delong-Tapia RC. Algunos dilemas éticos en la práctica médica. Arch Cardiol Mex. 2010; 80: 338-342.
3. Dóbler López LF. La responsabilidad en el ejercicio médico. México: Manual Moderno; 1999.
4. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. España: Ed. Masson; 1978.